



VISTA PREVIA DE CONTRATO

El Fondo de Sepelio de la FAP (FOSEPFAP), representado por su director ejecutivo, suscribe el presente Contrato de prestación de Servicios Funerarios con el:

1. DATOS DEL TITULAR Y/O SOLICITANTE:

Nombres y Apellidos SRA. ALEJANDRINA QUISPE MEDINA DE VILCHEZ con DNI° 08372315
NSA Estado Civil CASADO Religión CATOLICO Unidad FAP CAMIP
Domiciliado en JR. MONTE FICUS MZ. R4 LT. 8 - URB. PROLONG. BENAVIDES - SURCO.
Ref. domicilio URB. PROLONG. BENAVIDES - SURCO.
Parentesco con el fallecido CONYUGE Correo electronico ALEJITA_ARIES25@HOTMAIL.COM
Telefono 1 957920672 Telefono 2 946008092 Telefono 3

FAMILIARES O PERSONAS DE ALGÚN CONTACTO:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Telefono	Correo Electronico
Hijo 1	JUAN VILCHEZ QUISPE.	946008092	juanvil.2002@gmail.com

2. DATOS DEL FALLECIDO:

Nombres y Apellidos TIP (R) PASCUAL VILCHEZ ALTAMIRANO.
DNI N° 43917723 NSA 601147 Parentesco con el titular TITULAR Edad 69 años
de estado civil de acuerdo al DNI CASADO Fecha de Nacimiento 1954-05-18
Fecha del Deceso 2023-10-10 Hora del Deceso 03:50
Lugar de Deceso HCA FAP.
Causa de Deceso FIBROSIS PULMONAR / INSUFICIENCIA RESPOIRATORIA II.

3. BIENES Y SERVICIOS OTORGADOS AL PERSONAL TITULAR (MILITAR-CIVIL) Y/O CONTRATANTE:

Encontrándose el titular y/o beneficiario en la condición de aportante activo al FOSEPFAP las partes acuerdan que el FOSEPFAP le proporcione al solicitante o contratante los servicios funerarios consistentes en:

A. INHUMACIÓN:

Fecha de Sepelio o Cremación 2023-10-11 Hora de Ingreso 00:00
Persona de Contacto del Cementerio
Cementerio PARQUE DEL RECUERDO DE LURIN T/DOBLE 1° NIVEL C-1167797000
Nicho FOSEPFAP ☐ Cobertura ☐ Familia ☐
Sepultura FOSEPFAP ☒ Cobertura ☐ Familia ☐
Nivel 2 ☐ Nombre
Nivel 1 ☒ Nombre

B. CREMACIÓN:

FOSEPFAP ☐ Cobertura ☐ Crematorio
Columbario ☐ Lugar
Urna ☐ Horizontal ☐ Vertical ☐ Otro ☐

Color _____

C . VELATORIO:

Sala Domicilio
Velatorio JR. MONTE FICUS MZ. R4 LT. 8 URB. PROLONGACIÓN BENAVIDES - SURCO
Referencia ALTURA DE LA CDRA. 34 DE AV. CAMINOS DEL INCA - SURCO.

D . ATAÚD:

Si No
Estándar Semiviciado
Metal Cobertura
Párvulo
Color CAOBA

E . TRATAMIENTO CADÁVER:

Si No
Formalización Tanato estético

F . CAPILLA ARDIENTE:

Si	X	No		Codigo	3	Cirios	6
Focos		Candelabros	X	Cristo (Img)	X	Soporte	X
Reclinatorio	X	Caballote	X	Tarjetero	X	Porta Letrero	
Portarretrato		Flamas		Manto	X	Parantes de Manto	X
Travesaño	X	Alfombra	X				

G . VEHÍCULOS:

Si	X	No	
Carroza	X	Chofer	
Floral	X	Chofer	
Acompañante	X	Chofer	
Capilla Ardiente / Fétro	X	Chofer	VARILLAS / PANTA ATN

H . CARGADORES:

Si No Empresa VIRGEN DE GUADALUPE.

I .TRAMITES ADMINISTRATIVOS:

Si No

J . TRANSLADO:

Translado del féetro de la ciudad de Lima a: _____ Via _____

OBSERVACION

SE HACE ENTREGA DE UN "ORIGINAL" DEL PRESENTE CONTRATO

5 . ASPECTO GENERALES:

1 . DECLARO: Conocer que cuando no uso la sepultura o nicho del FOSEPFAP, el solicitante abonará directamente por dichos conceptos al Camposanto, Municipalidad, Beneficencia Pública y a las Funerarias que tenga Contrato vigente en provincia hasta el monto máximo establecido en el cuadro de coberturas vigente.

2 . DECLARO: Conocer que cualquier abono y/o reembolso, deberá estar sustentado con la documentación de valor contable y legal a nombre del FONDO DE SEPELIO DE LA FAP con RUC 20505143150 con la descripción del servicio otorgado, caso contrario autorizo el descuento de mis haberes y/o pensiones o ser cargado a mis aportes mensuales por dichos conceptos hasta su cancelación total.

3 . DECLARO: Conocer que está prohibido el uso del vehículo Carroza para el transporte de arreglos florales y otros, así como en recorridos no establecidos ni autorizados.

4 . DECLARO: Conocer que no existe pago alguno o adicional por ningún motivo al personal del FOSEPFAP y al personal de las agencias contratadas por los servicios recibidos, así como he sido informado y alertado de la existencia de llamadas de estafadores y/o extorsionadores exigiendo pagos y depósitos dinerarios.

5 . DECLARO: Conocer que después del servicio recibido en mi condición de viuda(o)/padre/madre/hijo, solicitante del servicio funerario, me encuentro en la condición de AFILIADO OBLIGATORIO del FOSEPFAP, comprometiéndome en mérito a lo dispuesto en el art. 1956° del Código Civil como Promesa Unilateral, asumir el pago mensual de los aportes o el monto total del valor de los servicios recibidos, cancelando en las agencias bancarias o autorizando al FOSEPFAP efectué descuentos en mis haberes y/o pensiones o cargado a mis aportes mensuales.

6 . ACEPTO Y ME COMPROMETO: Asumir el costo total por deterioro o pérdida de Capilla Ardiente, sus componentes y demás accesorios entregados, los mismos que se encuentran señalados en el acápite f.-, cancelando en el Banco autorizado por el FOSEPFAP, caso contrario autorizo se efectúe descuentos en mis haberes y/o pensiones o ser cargado a mis aportes mensuales, hasta cubrir el monto de lo adeudado.

7 . ACEPTO: Al no hacer uso del servicio de cremación otorgado por el FOSEPFAP, sólo se reconocerá y abonará directamente al Crematorio hasta el monto máximo establecido en el Cuadro de Cobertura vigente.

8 . DECLARO: Conocer que el uso de columbario será de acuerdo a disponibilidad del FOSEPFAP.

9 . DECLARO: Conocer que el ataúd usado no será devuelto al FOSEPFAP, por motivos de Salud Pública.

10 . ACEPTO: Asumir los costos por concepto de embalsamamiento y autorización de DISA cuando la sepultura o cremación se realiza después de las 48 horas del fallecido.

11 . ACEPTO: Asumir los importes que superan los montos máximos establecidos en el cuadro de cobertura vigente.

12 . DECLARO: Conocer que el Titular y/o familiares beneficiarios que tiene deudas de los aportes, no podrá continuar afiliado al FOSEPFAP, de acuerdo a la normatividad vigente.

13 . AUTORIZO: Al FOSEPFAP utilizar o disponer del nicho o tumba reservada, cuando el titular, solicitante, contratante o beneficiario tenga deudas de sus aportes y/o haya sido desafilado de acuerdo a la normatividad vigente.

14 . AUTORIZO: Al FOSEPFAP, utilizar o disponer del nicho o tumba reservada, en caso haya sido cremado o sepultado en otro lugar.

15 . AUTORIZO: Recibir información a través de la plataforma EQUIFAX-INFOCORP (mensajes de textos, correos electrónicos, o cartas físicas) en el caso de no cumplir con mis aportes al FOSEPFAP.

16 . ACEPTO: La inclusión del reporte de mis deudas en la base de datos de INFOCORP.

17. DECLARO: Conocer que el tiempo máximo de espera de la movilidad acompañante es de 45 min. en el camposanto para el retorno de los familiares al punto de inicio.

Martes, 10 de octubre del 2023



Director Ejecutivo

COR. FAP LANDA VERTIZ JUAN FRANCISCO

DNI° 09993993

Firma:

Nombres y Apellidos: SRA. ALEJANDRINA QUISPE
MEDINA DE VILCHEZ

DNI:08372315

Gestor Funerario y/o funeraria:

Firma: